

威海市医疗保障局 关于印发《威海市基本医疗保险定点医疗机构 考核管理办法》的通知

各区市医疗保障局、国家级开发区科技创新局、南海新区党群与人力资源部，各定点医疗机构：

现将《威海市基本医疗保险定点医疗机构考核管理办法》印发给你们，请结合工作实际，认真贯彻执行。

威海市医疗保障局

2023年11月20日

（此件主动公开）

威海市基本医疗保险定点医疗机构 考核管理办法

为进一步完善定点医疗机构服务协议和医保基金监督管理制度，充分发挥医保基金绩效导向作用，高质量推进支付方式改革，保障医保基金平稳运行，规范定点医疗机构诊疗行为，维护基本医疗保险参保人员权益，现制定本办法。

一、基本原则

（一）整体推进，全面覆盖。面向全市所有定点医疗机构，建立全面覆盖的考核工作机制。

（二）分类管理，分级负责。根据各定点医疗机构的支付方式和级别，有针对性的制定考核指标，强化属地责任，提升定点医疗机构的服务管理水平。

（三）协议管理，公开透明。注重发挥定点医疗机构协议管理的基础性作用，坚持日常考核和年度考核相结合、线上考核与线下考核相结合，全面真实地评价定点医疗机构在医疗服务、基金管理使用等方面的情况，考核结果向社会公示。

（四）科学精准，强调客观。DRG考核指标以定量指标为主，指标内涵明确，计算方法和评价标准清晰，考核数据以信息系统直接采集为主，确保结果准确客观，能够反映定点医疗机构在DRG付费实施过程中的实际情况。

二、考核对象和内容

签订年度《威海市基本医疗保险定点医疗机构医疗服务协议书》，且履行医保服务协议时间满一年的定点医疗机构。

（一）基础考核内容

1.基础管理方面。宣传培训、变更备案、药品管理、医用耗材、结算要求、机构设置、挂账处理、药耗货款结算、落实国家、省组织药品集中采购政策情况、门统管理、文书质量等。

2.服务管理方面。落实异地就医管理服务、身份核验、医保服务能力提升、医保工作站管理、就医指导、慢病服务等。

3.运行质量方面。医保政策范围内住院医疗费用基金的支付比例、门诊目录外自费率、次均医疗费用增幅、住院率增幅、医疗费用总额增长率、检查化验收入占医疗收入比例等。

4.基金监管方面。履行医保有关法律法规情况、履行服务协议情况等。

5.信息管理方面。医保信息系统安全稳定运行、信息应急处理、信息系统管理、医保信息管理、刷卡机具 PSAM 卡管理、国家编码维护工作、结算清单数据上传工作、医保电子凭证等。

6.异地就医管理。次均住院费用增长率、纳入政策范围内费用占比、次均药品费用增长率、次均耗材费用增长率、定期报送制度等。

7.加分管理方面。配合医保工作、承担医保试点工作、提升医保服务能力等。

（二）DRG 考核内容

1.组织建设。评价定点医疗机构内部 DRG 付费管理组织机构、人员配备、制度建设等保障 DRG 付费实施的相关措施的建立和落实情况。

2.医疗服务。评价定点医疗机构提供医疗服务总量增长情况、疾病复杂程度和医疗资源使用效率。

3.诊疗行为。评价定点医疗机构 DRG 付费落实情况、收费标准、出入院标准、诊疗规范等执行情况，以及是否存在体检入院、低标入院、分解住院、高靠诊断、目录内项目转自费项目、病种内费用转病种外(外购)、住院费用转门诊或不合理收费等诊疗行为。

4.费用控制。评价定点医疗机构年度总住院费用、次均住院费用等的变化情况。

5.清单质量。评价定点医疗机构按要求及时上传医保结算清单，并按照相关技术规范和业务标准落实医保结算清单质量管理，特别是编码管理的情况。

6.社会评价。评价定点医疗机构的患者满意度及受理投诉情况。

（三）投诉举报考核内容

主要对投诉举报、满意度评价、医保信用管理三个方面进行考核。

市医保局根据工作实际，结合国家和省最新要求，适时对定点医疗机构考核内容、评分标准予以调整并发布。

三、考核方式

（一）分级考核与属地考核

考核分为二级及以上定点医疗机构和一级定点医疗机构两个类别。二级及以上定点医疗机构以市医保局考核为主、各属地医保部门参与考核，全市统一排名。一级定点医疗机构以属地医保部门为主进行考核，并由属地医保部门进行排名（高区、经区、临港区、南海新区辖区内的医疗机构，由市医保局进行考核排名）。其中，未定级的医疗机构依据其机构规模进行考核，住院床位数 20 至 99 张，按照一级定点医疗机构考核；住院床位数 100 张及以上，按照二级及以上定点医疗机构考核。

（二）分类考核

非 DRG 支付的医疗机构需进行基础考核和投诉举报考核，DRG 支付的医疗机构需进行基础考核、投诉举报考核和 DRG 考核。

（三）考核指标类别

考核指标分为 A、B、C、D 四类。A 类指标为定量指标，由系统内统计数据按评分标准测算后进行评分；B 类和 C 类指标为定性指标，B 指标类定点医疗机构上传材料后各级经办机构审核的方式进行评分；C 类指标由各级经办机构根据考核指标内容与实际工作情况进行评分；D 类指标为加分项指标，该指标为激励指标，由各级经办机构对配合我市医保工作或工作突出的医疗机构进行评分。

（四）日常考核与年度考核

日常考核主要针对日常工作要求和发现的问题，以及稽查检查、智能监控和各区市抽查等情况，确定定点医疗机构日常得分情况；年度考核是对定点医疗机构该指标全年工作的综合情况进行考核。

（五）线上考核与线下考核

线上考核：充分应用信息化手段，建立完善日常动态监控指标和全年政策执行分析考核指标体系，逐步加大智能监控、监测分析等客观性量化指标在考核结果中的比重，促进考核结果更加公平、透明、科学。

线下考核：对部分需要现场核查的考核指标进行现场考核，采取日常考核和年底集中考核结合的方式。

四、考核等次

非 DRG 支付的医疗机构按照基础考核、投诉举报考核的最终得分确定当年度考核成绩，DRG 支付的医疗机构按照基础考核、投诉举报考核得分的 50%加 DRG 医疗机构考核得分的 50%确定当年度考核成绩。

（一）各定点医疗机构的考核结果，按最终分值排名，考核等次分为优秀、良好、合格和不合格，并按以下方式确定：

满分为 1000 分；

920 分以上（含）为优秀；

920 分以下，860 分（含）以上为良好；

860 分以下，750 分以上（含）为合格；

750 分以下为不合格。

市医保局根据工作实际、考核内容等年度实际情况对该分数线进行适时调整。

（二）定点医疗机构有下列行为之一的，当年直接定为不合格：

1.有严重违反协议、违法违规行为，造成医疗保险基金损失或社会影响严重，被解除协议处理或被行政处罚的；

2.超出《医疗机构执业许可证》准许范围或执业地址开展医疗服务；将科室或房屋承包、出租给个人或其他机构，并以本定点医疗机构名义开展医疗服务的；

3.未经医保经办机构允许，随意修改服务器和网络配置或擅自修改 HIS 收费系统中医疗保险相关数据的；

4.为非定点医疗机构（与定点医疗机构签订合同报经办机构备案的第三方服务机构除外）、暂停协议医疗机构或其他机构提供医保基金费用结算的；

5.协议履行期内累计 2 次及以上被暂停协议或暂停协议期间未按时限要求整改或整改不到位的；

6.被吊销《医疗机构执业许可证》或《事业单位法人证书》《民办非企业单位登记证书》《营业执照》的；

7.拒绝、阻挠或不配合医保部门开展必要监督检查，情节恶劣的；

8.考核工作中弄虚作假，性质恶劣或造成严重社会不良影响的；

9.其他社会危害后果特别严重，造成恶劣社会影响的。

各定点医疗机构最终考核成绩和排名通过考核系统汇总、确定，并将考核结果通过威海市医保局官方网站和线上考核系统网站进行公示，公示期为5个工作日。

五、考核结果应用

建立年度考核结果与指标分配、医保信用、稽核检查、DRG结算等挂钩的工作机制。设置质量保证金，最多不超过当年各定点医疗机构医保基金结算额的5%确定，并根据考核结果按以下办法进行拨付。

（一）非DRG支付的医疗机构考核结果运用

1.考核优秀的结果运用

（1）对于年终清算存在合理超支（实际医疗费用高于总额预付指标）的，如需补偿，在原补偿比例的基础上最高可上浮不超过20%。对于年终清算出现结余（实际医疗费用低于总额预付指标）的，可在原约定返还比例的基础上适当上浮，最高为100%。

（2）在既定次年年度总额预付指标的基础上，视统筹区医保基金结余情况，可再适当增加最高不超过5%的预算额度。

（3）年终兑付全部质量保证金。

（4）增加医疗机构20%的优秀医保医师名额（四舍五入，不足一人按一人计算）。

(5) 下一年度定点医疗机构联网结算费用复审抽查比例按3%确定，双随机一公开抽查检查工作中，经双随机一公开行动检查领导小组同意后，可不纳入当年检查对象名录库。

2.考核良好的结果运用

所有事项按正常程序和规定执行。

3.考核合格的结果运用

(1) 对于年终清算存在合理超支的，如需补偿，在原补偿比例的基础上最多可下浮不超过20%。对于年终清算出现结余的，结余不予留用。

(2) 在既定次年年度总额预付指标的基础上，可再适当缩减最高不超过5%的预算额度。

(3) 以860分为基准，每减少1分扣减质量保证金的1%。

(4) 缩减医疗机构20%的优秀医保医师名额（四舍五入，不足一人按一人计算）。

(5) 下一年度定点医疗机构联网结算费用复审抽查比例按8%确定，日常监管列为重点检查对象。

4.考核不合格结果运用

(1) 对于年终清算存在合理超支的，不予分担。对于年终清算出现结余的，不予留用。

(2) 在既定次年年度总额预付指标的基础上，按10%缩减预算额度。

(3) 当年质量保证金不再兑付。

(4) 对医疗机构负责人进行约谈、限期整改，整改不到位的或连续两年考核不合格的，不再续签医保服务协议。

(5) 取消当年优秀医保医师评选资格。同时，将严重违反医保规定和服务协议的定点医疗机构、医保医师和其他相关责任人，纳入医保失信名单，及时向社会公布，并推送至公共信用信息平台。

(6) 下一年度定点医疗机构联网结算费用复审抽查比例按10%确定，双随机一公开抽查检查工作中列为必查对象，日常监管列为重点检查对象。

(二) DRG 支付的医疗机构考核结果运用

1.考核优秀的结果运用

(1) 根据年度过渡性调节基金分配时予以适当上调。

(2) 年终兑付全部质量保证金。

(3) 增加医疗机构 20%的优秀医保医师名额（四舍五入，不足一人按一人计算）。

(4) 下一年度定点医疗机构联网结算费用复审抽查比例按3%确定，双随机一公开抽查检查工作中，经双随机一公开行动检查领导小组同意后，可不纳入当年检查对象名录库。

2.考核良好的结果运用

所有事项按正常程序和规定执行。

3.考核合格的结果运用

(1) 根据年度过渡性调节基金分配时予以适当下调。

(2) 以 860 分为基准，每减少 1 分扣减质量保证金的 1%。

(3) 缩减医疗机构 20% 的优秀医保医师名额（四舍五入，不足一人按一人计算）。

(4) 下一年度定点医疗机构联网结算费用复审抽查比例按 8% 确定，日常监管列为重点检查对象。

4. 考核不合格结果运用

(1) 年度过渡性调节基金不予分配。

(2) 当年质量保证金不再兑付。

(3) 对医疗机构负责人进行约谈、限期整改，整改不到位的或连续两年考核不合格的，不再续签医保服务协议。

(4) 取消当年优秀医保医师评选资格。同时，将严重违反医保规定和服务协议的定点医疗机构、医保医师和其他相关责任人，纳入医保失信名单，及时向社会公布，并推送至公共信用信息平台。

(5) 下一年度定点医疗机构联网结算费用复审抽查比例按 10% 确定，双随机一公开抽查检查工作中列为必查对象，日常监管列为重点检查对象。

(6) 下一年度提高病例抽查比例。

六、组织实施

(一) 加强组织领导。各市（区）医保局要高度重视考核工作，服从考核工作统一安排，严格按照考核方案、考核评分标准进行考核，主要负责同志要亲自抓落实，确保考核结果真实有效。

（二）强化工作联动。定点医疗机构的年度考核工作由市医保局牵头，组织各市（区）医保局及相关部门，结合行政管理和日常协议管理，对定点医疗机构执行医疗保险政策、履行服务协议、医保重点工作等情况进行考核，并落实考核结果运用。

（三）强化日常考核。各市（区）医保局，要加强日常考核管理，结合考核要求和医疗机构日常工作开展情况，通过考核系统对医疗机构日常工作进行考核评价，并做好对医疗机构进行反馈、指导或说明等工作。

（四）持续提升考核质量。各市（区）医保局在落实对定点医疗机构的考核工作当中，要根据工作实际，主动加强与市医保局的联系，对考核中存在的问题及时沟通反馈，不断提升我市定点医疗机构考核办法的科学性、公平性、合理性、实效性，持续优化我市定点机构考核办法和考核指标。

（五）严肃工作纪律。参与考核的工作人员要严格落实中央八项规定精神，廉洁自律，以良好的作风、真抓实干的行动、科学严谨的态度，完成好考核工作。严禁推诿扯皮、严禁利用职务之便吃拿卡要、严禁收取礼品礼金。对违反规定和考核不力的，给予通报批评，对失职渎职的，依法依规严肃追责。

附件：1.二级及以上定点医疗机构基础考核评分细则

2.一级定点医疗机构基础考核评分细则

3.二级及以上定点医疗机构投诉举报工作考核评分细则

4.一级定点医疗机构投诉举报工作考核评分细则

5.定点医疗机构 DRG 考核评分细则

威海市医疗保障局

2023 年 11 月 20 日

本通知自 2023 年 12 月 1 日起施行，有效期至 2028 年 12 月 1 日。